

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 130

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES

PLEURÉSIES PURULENTES
AIGÜES

PAR

PIERRE DESMOULIN

né le 23 mai 1889 à Douai (Nord)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

130

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES

PLEURÉSIES PURULENTES
AIGUËS

PAR

PIERRE DESMOULIN

né le 23 mai 1889 à Douai (Nord)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	M.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique Générale	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	X.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
	HARTMANN
Clinique chirurgicale	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BAR
Clinique d'accouchement	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Cliniques gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAOUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMARET	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LE LORRIER	RATHERY
BASSET	FIESSINGER	LEMERRE	RETTERER
BAUDOIN	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BLANCHETIERE	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BRANCA	GRÉGOIRE	LÉRI	ROUSSY
CAMUS	GUENIOT	LÉVY-SOLAL	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	MATHIEU	SCHWARTZ (A.)
CHEVASSU	GUILLEMINOT	METZGER	TANON
CHIRAY	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MULON	TIFFENEAU
DEBRÉ	LABBE (HENRI)	OKINCZYC	VILLARET
	LANGLOIS		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

En témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA MERE

A la mémoire de mon Frère

ALBERT DESMOULIN

A MES MAITRES
de la Faculté de Lille

A MES MAITRES
dans les Hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR COURCOUX
Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré cette thèse,
en témoignage de ma pro-
fonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LELONG
Interne des Hôpitaux

*En remerciement du con-
cours précieux qu'il nous a
prodigué.*

A M. LE PROFESSEUR LECENE

*Professeur de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Paris.*

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de présider notre thèse,
en hommage respectueux.*

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES

Pleurésies Purulentes aiguës

La question du traitement des pleurésies purulentes aiguës, sur laquelle les auteurs classiques semblaient bien s'être fait une opinion unanimement acceptée, est rentrée, à la suite de l'épidémie de grippe de 1918, en pleine actualité.

Au xxix^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie elle fut l'objet d'un long débat, au cours duquel des opinions diamétralement opposées furent soutenues : interventionnistes précoces, temporisateurs et abstentionnistes trouvèrent, pour appuyer leurs thèses, des raisons plus ou moins valables et produisirent de statistiques assez déroutantes pour le praticien.

Ce serait faire œuvre utile que de tirer de ces discussions récentes et de l'incertitude qui en est née une ligne de conduite plus nette, et c'est le but vers lequel nous essaierons de tendre.

Nous discuterons la question en nous basant sur notre pratique personnelle et sur des cas que nous avons nous-mêmes suivis. Nous aurons surtout en vue les pleurésies aiguës à pyogènes banaux, nous n'aborderons qu'incidemment les pleurésies putrides et gangréneuses (n'en ayant vu qu'un cas), pour lesquelles les indications sont toutes spéciales et d'ailleurs découlent de l'exposé général que nous y avons fait des pleurésies purulentes ordinaires.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS PRÉCONISÉS

1. — Traitement classique

En 1914, il n'y avait, pour ainsi dire, aucune discussion au sujet du traitement de la pleurésie purulente.

Dans les traités de médecine, les différents auteurs ayant abordé la question concluaient que, d'une manière générale, la pleurésie purulente devait être traitée comme un abcès, par la pleurotomie ; l'indication était formelle : la constatation du pus commandait l'incision et l'évacuation immédiates ; on ne contestait pas que les résultats de l'opération étaient d'autant meilleurs que l'on tardait moins pour agir ; on ne devait pas temporiser, en s'attardant à des médications internes ou à des thoracentèses palliatives.

Tout au plus certains faisaient une réserve pour les pleurésies purulentes à pneumocoques, notamment chez l'enfant, qui devaient être traitées par la ponction, même répétée, de préférence à la pleurotomie (Courtois-Suffit. Debove), mais la méthode donnait une proportion considérable d'échecs, et exposait à la fistulisation. On recommandait donc d'avoir, même dans ce cas, recours à la pleurotomie précoce qui « donne là, en effet, ses

« plus beaux résultats et, sans lavages, amène la guérison en un temps très court ». (Bergé.)

Même dans les pleurésies enkystées, où la ponction pouvait d'abord être tentée à titre d'essai, il était de pratique courante, si les résultats laissaient à désirer, d'aborder sans tarder délibérément la collection purulente par la pleurotomie.

En résumé, l'opinion classique était à tendance nettement et précocement interventionniste. Cette tendance n'a fait que s'accroître au cours des premières années de la guerre ; elle était celle de l'immense majorité des médecins et des chirurgiens, quand survint l'épidémie de grippe de 1918 avec ses fréquentes complications pleurales.

On eut l'occasion, au cours de celle-ci, d'observer tout d'abord, particulièrement pendant le mois de mars, une série de pneumonies suivies de pleurésies purulentes qui ne présentaient pas un caractère de nocivité particulière ; la thoracotomie, dans ces pleurésies métapneumoniques survenant tardivement, alors que les lésions pulmonaires étaient relativement peu graves, ou améliorées, ou éteintes, parut un moyen de traitement judicieux, et ses résultats furent satisfaisants.

Dans une seconde période de l'épidémie au contraire, et surtout vers la fin (juillet-décembre) on se trouva, particulièrement dans les grosses agglomérations et dans les troupes américaines alors en France, en présence de pneumonies excessivement graves, sur lesquelles la pleurésie purulente se greffait comme une complication particulièrement précoce, véritablement para-pneumonique. Alors qu'au début de l'épidémie la complication succédait à la maladie, souvent même séparée

de celle-ci par une phase intercalaire complètement apyrétique, à cette période tardive il y avait en quelque sorte concomitance synchrone de la maladie pulmonaire et de sa complication pleurale.

L'épidémie prit alors de ce fait une physionomie spéciale : l'application aveugle de la même méthode thérapeutique aboutit nécessairement à des résultats désastreux, confirmés par les statistiques américaines qui sont particulièrement éloquentes à ce sujet.

On fut, à juste titre, effrayé de la mortalité occasionnée par ces interventions hâtives qui avaient précédemment donné de si bons résultats.

Des constatations analogues avaient pu déjà être faites lors de l'épidémie grippale de 1889-93 : à cette époque, la thoracotomie hâtive avait déjà donné quelques déboires et suscité les opinions de Robin, de Bouveret, de Netter en faveur de la simple thoracentèse.

Mais lors de l'épidémie récente, les insuccès chirurgicaux frappèrent plus fortement encore l'esprit de certains auteurs : par une réaction certainement exagérée, des médecins se déclarèrent systématiquement hostiles au traitement chirurgical, et prétendirent soigner toutes les pleurésies purulentes sans intervention opératoire.

2. — Traitement médical pur

M. Maurice Renaud a posé très nettement la question : « En présence d'accidents pleuro-pulmonaires graves, avec suppuration de la plèvre quelle conduite faut-il adopter pour donner au malade le plus de chances de ne pas mourir ? »

Il rejette d'abord systématiquement la pleurotomie large et précoce, systématique, qu'il juge dangereuse et inutile, car « la pleurésie n'est qu'un épisode, d'ailleurs peu grave en lui-même ; les lésions du poumon, la fatigue cardiaque ont, au contraire, une importance primordiale. L'incident pleural se règlera de lui-même, le pus, une fois collecté, ne demandant qu'à être évacué, et par n'importe quelle voie, même par une fistule broncho-pulmonaire. »

Il admet, en conclusion, qu'à la période aiguë il faut instituer un traitement purement médical et systématique, dont les éléments essentiels sont la médication digitalique et la balnéation froide auxquelles on adjoindra, dans les cas graves, l'injection intraveineuse de sérums spécifiques avec addition d'adrénaline. On ne sera autorisé à intervenir sur la plèvre que lorsque la partie sera gagnée « quoad vitam » ; en attendant, on se bornera aux ponctions.

Précisant encore ces conclusions, il admet que « la pleurésie étant toujours la réaction corticale d'une lésion pulmonaire dont la nature et la répartition topographique commandent l'évolution de l'affection, c'est la lésion pulmonaire

« qui est au premier plan. Si elle est curable, la
« guérison doit être la règle, rapide et complète.
« Si elle comporte en elle-même un pronostic sé-
« vère et fatal, l'évolution de la suppuration pleu-
« rale n'a plus, pour ainsi dire, le moindre intérêt.
« Si d'emblée la situation est grave, je vais au
« plus pressé, je n'hésite pas, et je néglige la plè-
« vre. »

Quels sont, du reste, les moyens thérapeutiques que met à notre disposition le traitement simplement médical, pour nous permettre de nous passer du chirurgien et de conduire le malade à la guérison ?

La simple ponction évacuatrice de la collection purulente est reconnue comme étant le plus souvent insuffisante. On a cherché des techniques opératoires qui, associées à elle, la complèteraient et en renforceraient l'efficacité.

On a essayé de la faire suivre d'injections intra-pleurales d'antiseptiques faibles, tels que le bleu de méthylène (solution aqueuse au 1/20) l'air gomenolé, l'oxygène qu'on fait barbotter dans l'iode, la formaline, le menthol ou le chloroforme, le collargol.

Weil et Loiseleur eurent l'idée de combiner cette méthode des injections de bleu de méthylène à celle, déjà chère à Potain, des réinjections d'air dans la plèvre après la thoracentèse ; ils estiment qu'on peut ainsi guérir de nombreuses pleurésies purulentes, sans causer de préjudice aux malades que l'insuffisance de la méthode oblige par la suite à confier au chirurgien.

On a enfin utilisé les sérums et les vaccins, en

injections soit intra-musculaires, soit intra-trachéales, soit intra-pleurales, ou combiné ces modes d'action. Masini employa des stocks-vaccins appropriés à chaque cas, et pense que des auto-vaccins devraient agir encore plus efficacement.

Le sérum antipneumococcique a été bien souvent un utile adjuvant, et le sérum anti-streptococcique a été employé soit seul, soit associé à la collobiase d'argent.

Tels sont les moyens d'action que nous proposent les partisans d'un traitement purement médical, dont nous avons été amenés à parler assez longuement, en raison de l'ampleur du débat auquel il a donné lieu à la Société Médicale des Hôpitaux. L'opinion que M. Maurice Renaud émit à cette occasion est nette, tranchée, absolue ; mais, comme nous essaierons de l'établir, ce n'est qu'une opinion d'auteur, une généralisation hâtive basée sur des cas d'espèces ; il n'avait guère en vue que des pleurésies purulentes coïncidant avec des lésions pulmonaires graves, et dans ce cas particulier, mais dans ce cas seulement, il avait raison.

Les affirmations de M. M. Renaud ont tellement paru particulières que de nombreux médecins et chirurgiens sont restés fidèles aux idées classiques et aux tendances interventionnistes d'avant-guerre.

3. — Traitement chirurgical précoce

A l'appui de leur thèse, ils font valoir des arguments qui ne manquent pas de valeur :

1° Toute pleurésie purulente abandonnée à elle-même aboutit à la mort dans l'immense majorité des cas ; il n'y a pas d'évolution spontanée vers la guérison, le pus ne se résorbe jamais ;

2° Les seuls processus spontanés d'évacuation du pus sont :

a) L'évacuation par les bronches ; mais la vomique n'est, même dans la variété à pneumocoques, qu'un moyen de drainage presque toujours insuffisant. Comme l'a dit Sergent : « la vomique préside souvent au diagnostic, mais jamais à la guérison » ; l'expectative aboutit à ce lamentable tableau clinique du pleurétique interlobaire qui, malgré la vomique, continue à faire de la rétention de son pus, maigrit, crache du sang, fait de la fièvre et finit par prendre l'aspect d'un tuberculeux pulmonaire.

b) L'évacuation par la paroi, ou empyème de nécessité ; mais l'orifice est toujours insuffisant, et l'abstention opératoire conduit ici à la fistulisation, à la suppuration chronique, et à toutes ses conséquences.

Il faut donc, en pratique, assurer l'évacuation artificielle du pus aussitôt que le diagnostic est posé, sans contre-indications ; tout au plus devrait-on hésiter devant la bilatéralité de l'empyème (Souligoux).

Même post-grippale, toute pleurésie cytologi-

quement et bactériologiquement purulente commanderait la pleurotomie évacuatrice. (L. Bérard et Ch. Dunet.)

Joltrain et Baufle aboutissent aux mêmes conclusions : tout en étant partisans de l'intervention réduite au strict minimum, ils estiment cependant que toute pleurésie purulente grippale commande l'évacuation immédiate.

A ces auteurs encore on peut faire la même objection : ce traitement chirurgical n'envisage que certaines pleurésies purulentes, et ceux qui le préconisent s'appuient sur des résultats provenant de cas particuliers.

On voit combien ces deux attitudes, traitement médical pur d'un côté, interventionnisme chirurgical de l'autre, sont difficiles à concilier. Les discussions récentes n'ont donc fait que semer la perplexité parmi les praticiens ; ces derniers, devant les difficultés de chaque cas, hésitent et ne savent quelle est la conduite réellement profitable au malade.

Chacun a le tort de généraliser sur des cas particuliers : dans ces conditions en effet, la discussion ne peut que s'éterniser d'une façon stérile, et chaque adversaire ne peut que rester sur sa position.

En réalité, les opinions ne sont divergentes qu'en apparence : nous allons essayer de montrer qu'en matière de pleurésies purulentes, tout est cas d'espèce ; il est impossible de résoudre chaque cas de la pratique avec des formules stéréotypées et simplistes : c'est au sens clinique, par l'étude des antécédents du malade, des conditions étiolo-

giques, de l'évolution des lésions, à poser les indications de chaque cas particulier.

Deux notions nous paraissent capitales au point de vue des applications thérapeutiques, c'est d'une part la nature bactériologique du pus, c'est d'autre part et surtout l'état du poumon sous-jacent.

Nous apportons les observations de quelques cas vus dans le service de M. le docteur Courcoux, et nous nous proposons, en les analysant, de montrer les raisons qui, pour chacun d'eux, ont milité en faveur de la ligne de conduite adoptée, et les indications que l'on peut en tirer.

OBSERVATION N^o I

(Service du D^r Courcoux.)

Mme R... Clarisse, 39 ans. Pleurésie purulente sus-diaphragmatique à pneumocoques. Guérison après vomiques fractionnées.

Entre à l'hôpital le 21 mai 1920, pour des signes d'affection aiguë thoracique vague, avec fièvre à 38°, 38°5, toux, expectoration purulente. Cet état, qui dure depuis plusieurs semaines, fait penser à une longue suite de vomiques fractionnées.

28 MAI. — L'état général s'aggrave brusquement, la fièvre monte à 39°2, la dyspnée est vive.

A l'examen, on note de la submatité dans la région diaphragmatique droite, avec des sous-crépitaux fins, surtout à la fin de l'inspiration.

2 JUIN. — Vomique plus abondante, après laquelle on constate à droite, dans la région sus-diaphragmatique, de la matité, de l'abolition des vibrations et un souffle surtout expiratoire.

20 JUIN. — A la radioscopie, on observe une ombre caractéristique d'une pleurésie sus-diaphragmatique droite.

Les jours suivants, l'expectoration se tarit, la fièvre descend, et le 4 juillet, la malade sort guérie, sans expectoration purulente, et dans un bon état général.

La malade est revue en décembre 1920 et en février 1921 : on ne constate alors aucune séquelle de l'état antérieur.

L'examen bactériologique n'a pu être fait.

OBSERVATION N° II

(*Service du D^r Bensaude.*)

Mme V. V., 60 ans. Pleurésie purulente de la base gauche, à pneumocoques. Guérison après vomiques.

La malade entre à l'hôpital le 3 juillet 1921, pour un point de côté siégeant dans le flanc gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents.

6 JUILLET. — Dans la nuit du 5 au 6 juillet, la malade ressent quelques frissons. Le 6, elle présente de la dyspnée, et la température est à 38°4.

A l'examen, on constate des signes nets d'épanchement à la base gauche ; une ponction exploratrice découvre la présence d'un liquide citrin, séro-fibrineux, contenant des polynucléaires nombreux, quelques lymphocytes et de nombreux pneumocoques.

7 JUILLET. — La température est de 37° 2 ; elle oscille les jours suivants aux environs de 38°.

13 JUILLET. — La malade se plaint d'une douleur dans l'hémithorax gauche, surtout marquée au niveau de la 5^e côte, le long de laquelle on constate des points douloureux. Les signes d'épanchement pleural demeurent inchangés.

15 JUILLET. — Le 15 juillet, la malade est prise brusquement d'une crise de toux quinteuse qui se renouvelle dans la journée, avec expectoration abondante. La température monte à 39°.

16 JUILLET. — La malade continue à expectorer des crachats purulents abondants. Température 38°. A l'examen, on constate des signes de pyopneumothorax : matité, abolition des vibrations, souffle amphorique, râles humides, égophonie. Une ponction explo-

ratrice retiré un liquide nettement purulent, contenant des pneumocoques.

La température, qui du 17 au 23 reste dans les environs de $37^{\circ}3$, monte les jours suivants et atteint 38° le 27.

29 JUILLET. — La malade continue à cracher du pus (les trois quarts d'un crachoir par jour) ; la température oscille aux environs de 38° ; on fait une injection sous-cutanée d'huile gomenolée, et une injection intra-trachéale qu'on répète dans la suite tous les deux jours.

8 AOÛT. — Grande amélioration ; l'expectoration est presque entièrement tarie, la toux est insignifiante et l'état générale bon.

La malade sort guérie le 30 août.

OBSERVATION N° III

(Service du D^r Courcoux.)

A. B. H., 20 ans, manœuvre. Pleurésie purulente de la base droite, meta-pneumonique. Vomique, sans amélioration. Opération. Guérison.

Entre à l'hôpital le 12 novembre 1920.

Epreuve depuis huit jours de la toux, avec un point douloureux dans le côté droit.

La température oscille dans les environs de 38°5.

A l'examen, on note de la matité de la base, avec râles sous-crépitaux, et un souffle étendu. A la base gauche, quelques râles sous-crépitaux.

Les crachats sont filants, épais, parfois striés de sang.

17 NOVEMBRE. — La température monte à 39°7.

18 NOVEMBRE. — Signes de congestion pleuro-pulmonaire à la base droite ; l'examen du liquide d'une ponction exploratrice fait noter : polynucléaires, quelques lymphocytes et des cellules endothéliales ; pas d'éléments microbiens.

Les jours suivants, on fait plusieurs ponctions négatives.

21 NOVEMBRE. — La température remonte, et reste aux environs de 39°, sans grandes oscillations, les jours suivants.

28 NOVEMBRE. — Vomique.

29 NOVEMBRE. — La température est à 38°, la ponction est négative.

1^{er} DÉCEMBRE. — On perçoit, en pleine matité, en

arrière, à la hauteur des 3^e et 8^e côtes, un bruit de succussion hippocratique.

Le 2 et le 3 décembre, injection de sérum anti-pneumococcique.

6 DÉCEMBRE. — La température remonte à 39°.

On fait passer le malade en chirurgie (service du Professeur Lecène).

7 DÉCEMBRE. — Opération : thoracotomie avec résection costale ; drainage ; guérison sans incidents dans les délais normaux.

ture est restée aux environs de 39° matin et soir. De plus, les signes de la base se sont modifiés : aux signes pulmonaires se sont surajoutés des signes pleuraux : matité hydrique, remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate, abolition des vibrations, souffle expiratoire aigre et lointain.

Une ponction exploratrice ramène un liquide louche qui, ensemencé, donne une culture pure de pneumocoques.

On remplace le traitement serothérapique intramusculaire par une injection intra-pleurale de 20 cc de sérum, répétée 3 jours de suite.

26 FÉVRIER. — Sérum : 15 cc. intra-musculaire.

27 FÉVRIER. — L'état général, qui était jusque-là resté très grave, s'améliore considérablement; la température baisse, est de 37° 6 le 27 au matin, avec un pouls à 90. Les urines, plus abondantes (1.100 cc.) sont plus claires et ne contiennent pas d'albumine. De même la toux, et surtout l'expectoration ont beaucoup diminué.

28 FÉVRIER. — Une ponction exploratrice à droite ramène un liquide jaune citrin, louche. Réinjection intra-pleurale de 15 cc de sérum.

1^{er} MARS. — La température remonte à 38°. Une thoracentèse retire 250 cc de liquide sero-purulent ; on la fait suivre d'une injection intra-pleurale de 40 cc de sérum anti-pneumococcique de 40 cc.

2 MARS. — De grandes oscillations thermiques apparaissent (T° matin, 37° 8, soir 39°). La serothérapie est continuée sans résultats.

7 MARS. — Le malade est adressé au chirurgien. (Service du professeur Lecène).

8 MARS. — Thoracotomie. Résection de la sixième côte en arrière, sous anesthésie locale. Evacuation d'un pus verdâtre bien lié, et mise en place d'un gros drain.

Lavage quotidien au Dakin, par l'intermédiaire d'une sonde de Nélaton passée dans le drain.

Guérison,

OBSERVATION V

(*Service du D^r Bensaude.*)

M. L... François, 36 ans. Pleurésie purulente de la base droite, méta-pneumonique. Thoracentèse insuffisante. Thoracotomie. Guérison rapide.

Entré à l'hôpital le 25 octobre 1921 parce qu'il présentait, depuis le début du mois, une courbature générale avec céphalée et vomissements fréquents, phénomènes qui se sont fortement accentués depuis quatre jours.

A son entrée, la température s'élève progressivement jusqu'à 40° ; le pouls, petit, est à 93. Le malade est abattu, son facies vultueux, la langue saburrale, la respiration un peu rapide, la toux fréquente et l'expectoration un peu rouillée. Les urines sont rares, sans albumine.

A l'examen, on note de la matité à la base droite, et quelques râles sous-crépitaux.

26 au 29 OCTOBRE. — Grandes oscillations thermiques entre 39 et 40°, pouls à 120 ; les crachats sont plus abondants, rouillés. Matité et souffle à droite. Injection journalière de 10 cc d'huile camphrée.

30 OCTOBRE. — La température tombe à 38°, pour osciller les jours suivants aux environs de 37° 5 ; les urines sont plus abondantes.

4 NOVEMBRE. — La température remonte à 38°, et s'y maintient les 5, 6 et 7.

8 NOVEMBRE. — Température 38° 5, à l'examen on note : à la base droite, matité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, quelques râles disséminés.

10 NOVEMBRE. — Une ponction exploratrice dé-

cèle la présence de pus contenant des pneumocoques.
Température, 38° 8.

11 NOVEMBRE. — On retire, par une ponction évacuatrice, 750 grammes de pus verdâtre, bien lié.

12 NOVEMBRE. — La température tombe à 37°. Elle remonte peu à peu les jours suivants pour atteindre 40° le 16 novembre au soir et se maintenir à 39° le 17 et le 18.

19 NOVEMBRE. — On fait passer le malade en chirurgie. (Service du professeur Lejars) où l'on pratique une thoracotomie avec résection de la 8^e côte, puis drainage.

Le malade guérit rapidement, sans incidents.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. le Professeur P. Teissier.)

L. Robert, 17 ans, cimentier. Pleurésie purulente gauche de la grande cavité, métapneumonique. Essai de traitement médical. 3 thoracentèses avec serothérapie générale et locale. Pas d'amélioration. Thoracotomie : guérison immédiate.

Entre à l'hôpital le 23 avril 1921.

Rien à noter dans ses antécédents.

Depuis 13 jours le malade se plaint de céphalée, avec fièvre et asthénie.

A l'entrée, température 39° 4. Pouls 110. Langue saburrale, quelques crachats visqueux.

A l'examen du thorax, on trouve à gauche une matité remontant en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate, avec une respiration un peu soufflante.

L'hémoculture donne des pneumocoques extrêmement abondants.

27 AVRIL. — Le malade est fatigué, dyspnéique.

Cœur : bruits assourdis, sauf le 2^e ton pulmonaire.

Crachats rouillés, contenant des pneumocoques.

Injection intra-veineuse de sérum anti-pneumococcique: 60 cc n° 1 le 27 avril, 40 cc n° 1 le 28 avril. 40 cc n° 2 le 29, le 30 avril, le 1^{er} mai.

30 AVRIL. — On note : à la base droite, de la submatité avec souffle aux 2 temps. A la base gauche, la zone mate est toujours étendue, avec souffle aux 2 temps, et râles sous-crépitaux.

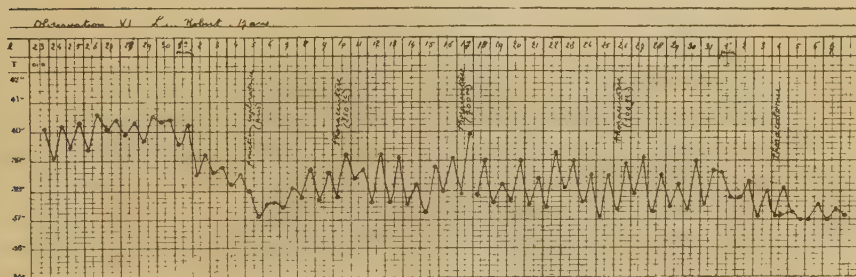
2 MAI. — La température qui jusque là s'était maintenue sans rémission aux environs de 40°, tombe à 38°. Examen : skodisme sous-claviculaire à gauche, le souffle est beaucoup moins étendu, plus doux, expiratoire, les râles sous-crépitaux sont abondants, inspiratoires. A la base droite, sous-crépitaux nombreux.

5 MAI. — L'épanchement persiste aussi abondant, la ponction exploratrice ramène un pus contenant de nombreux pneumocoques.

Les jours suivants, la température remonte peu à peu. Aux signes pulmonaires, très améliorés, se substituent des signes nets d'épanchement pleural remontant le 9 mai jusqu'à la pointe de l'omoplate.

10 MAI. — Une ponction évacuatrice ramène 250 cc de pus épais, bien lié. On fait 40 cc de sérum intra-pleural.

Les jours suivants, état stationnaire, avec oscilla-



lions fébriles ; l'épanchement ne manifeste aucune tendance à la régression.

17 MAI. — Deuxième thoracentèse, évacuation de 500 gr. de pus très épais, réinjection intra-pleurale de 60 cc de sérum antipneumococcique.

Les jours suivants, les symptômes sont à peu près inchangés. Matité, souffle doux à gauche.

26 MAI. — Troisième thoracentèse : on évacue 100 grammes de pus épais. Grandes oscillations fébriles.

3 JUIN. — On note à nouveau à l'hémithorax gauche : matité, abolition des vibrations, souffle amphorique, silence respiratoire.

4 JUIN. — Opération (D^r Kuss). Pleurotomie sous anesthésie locale, résection costale, écoulement de près de 3 litres de pus homogène.

Guérison rapide, avec chute totale de la température, en cinq jours. Apyrexie définitive.

OBSERVATION VII

Mme D..., 50 ans. Pleurésie purulente médiastine droite, meta-pneumonique. Vomique le 15^e jour, insuffisante. Thoracotomie. Guérison rapide.

La malade avait présenté une pneumonie droite, à grand fracas, avec rétrocession au neuvième jour. Chute en deux temps, mais la température, au lieu de tomber à 37°, reste entre 37° 8 et 38° 2.

L'état général se remonte difficilement; des sueurs apparaissent, l'appétit est précaire.

Au 15^e jour, une petite vomique apparaît.

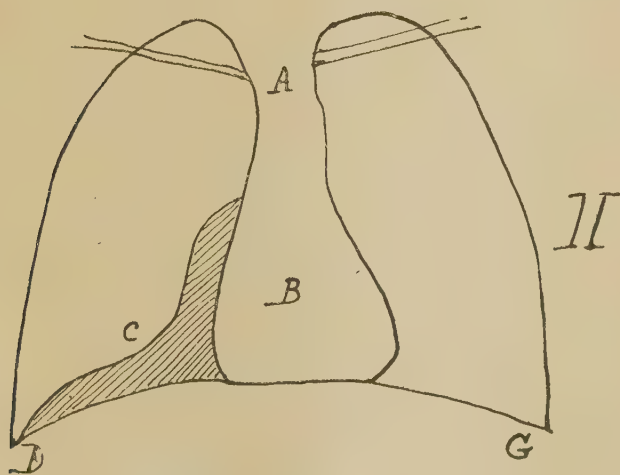
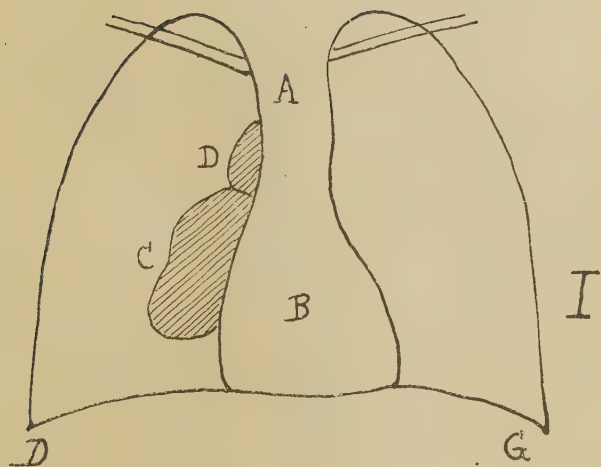
A l'examen radioscopique, on trouve les signes nets d'une pleurésie localisée dans le médiastin supérieur droit (ombre allongée en galette sur la face latérale droite de l'ombre cardio-pericardique).

Le drainage se fait très mal. On remarque à l'examen l'extension progressive de l'épanchement vers la partie inférieure du thorax.

Une ponction exploratrice, après examen à l'écran, fait constater la présence de pus au niveau du 7^e espace intercostal, vers la ligne axillaire.

La thoracotomie, pratiquée par le Professeur Lecène, permet l'évacuation d'un magma puriforme assez abondant. Guérison rapide.

A ombre aortique
 B ombre cardiaque
 C Pleurésie
 D Adénopathie



Observation N° VII, Mme D..., 50 ans.

I Examen radiographique au 15^e jour. La pleurésie est localisée dans le médiastin supérieur droit.

II. Second examen. Descente de la poche pleurétique vers le diaphragme.

OBSERVATION VIII

(*Service du D^r Courcoux.*)

B... Jean, 34 ans, quartier-maître. Pleurésie purulente enkystée de la base droite, polymicrobienne. Thoracotomie. Guérison.

Entre à l'hôpital le 6 décembre 1920, dans le coma, avec les signes d'une hémorragie méningée.

11 DÉCEMBRE. — Le malade, sorti du coma le 8, ne présente plus que des séquelles insignifiantes de l'accident qui motiva son entrée, lorsque la température s'élève brusquement à 39°, et l'on trouve à l'examen de la base droite : matité, diminution du murmure vésiculaire et des vibrations, léger souffle à timbre aigre.

La ponction exploratrice est négative. De même le 12 décembre.

21 DÉCEMBRE. — Crachats spumeux, purulents. Température 39°; le souffle semble se localiser à la pointe de l'omoplate.

23 DÉCEMBRE. — Deux vomiques fétides, le matin et le soir.

L'examen des crachats fait constater la présence de streptocoques et de pneumocoques. La température oscille aux environs de 39° 5.

30 DÉCEMBRE. — Température : 39°. Une ponction exploratrice est négative.

31 DÉCEMBRE. — Au niveau de la pointe de l'omoplate, et un peu à gauche de celle-ci, on découvre un foyer très limité, où l'on entend le bruit de succussion hippocratique ; ni matité, ni souffle, ni râles à ce niveau.

Le 30, le 31 décembre, les 2, 3 et 4 janvier, injection intra-trachéale de 5 cc de sérum anti-pneumococcique.

4 JANVIER. — Le malade passe en chirurgie (Service du Professeur Lecène), la radioscopie montre au niveau des 5^e et 6^e côtes, une image hydro-aérique suspendue un peu au-dessus du diaphragme.

8 JANVIER. — Opération, thoracotomie,, résection de la 6^e côte. Drainage. Guérison.

OBSERVATION N° IX .

(*Service du D^r Courcoux.*)

D... Gaston, 31 ans. Pleurésie interlobaire gauche, métapneumonique. Vomiques répétées. Evolution traînante, avec mauvais état général. Thoracotomie. Guérison rapide.

Ce malade avait eu, deux mois avant son entrée à l'hôpital, une pneumonie dont la convalescence avait été traînante ; fréquemment, il était pris d'expectorations purulentes, abondantes, pour lesquelles un médecin avait établi le diagnostic de vomiques.

Le jour de l'entrée, le 21 février 1921, il se plaint d'une douleur violente dans le côté gauche, et ses crachats sont abondants, verdâtres et très fétides.

A l'examen on note, à la partie moyenne du poumon gauche, les signes d'un pyopneumothorax : matité, disparition des vibrations, râles nombreux, à timbre métallique, bruit de pôt fêlé. L'état général est mauvais, la température élevée.

Les jours suivants, deux hémoptysies sérieuses.

L'examen radioscopique confirme la localisation de ces lésions.

23 FÉVRIER. — Le malade passe en chirurgie. (Service du Professeur Lecène.)

24 FÉVRIER. — Opération : thoracotomie avec résection costale, évacuation d'un pus putride. Drainage.

Guérison sans incidents dans les délais normaux.

OBSERVATION N° X

(due à l'obligation de M. le Professeur P. Teissier.)

M. Ernest, 23 ans, gardien de la paix. Pleurésie purulente droite de la grande cavité, à streptocoques. Traitement médical : thoracentèse, sérothérapie, vomique. Mort.

Entré à l'hôpital le 27 janvier 1922, pour un point de côté thoracique droit ; depuis 7 jours il éprouve une courbature généralisée, et maigrit.

A son entrée, la température est à 40°, l'état général assez mauvais, anxiété, dyspnée, anorexie, insomnie.

LE 29. — Etat général amélioré ; mais la dyspnée augmente. Le malade crache une mousse blanchâtre abondante. On trouve à l'examen des signes d'épanchement dans l'hémithorax droit : matité de la base, abolition des vibrations, disparition du murmure vésiculaire, souffle léger, lointain, voilé, aux 2 temps, égophonie et pectoriloquie aphone. L'épanchement remonte à un travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate. Une ponction retire un liquide purulent contenant de nombreux streptocoques.

LE 30. — Température 39°. Pouls 120. L'état général s'est aggravé. Localement, la paroi est œdématisée ; l'épanchement paraît avoir considérablement augmenté ; la matité monte jusqu'à mi-distance de la pointe et de l'épine de l'omoplate. On retire par thoracentèse 1650 grammes de pus et l'on injecte dans la plèvre de l'air et 100 cc. de sérum antistreptococcique.

LE 31. — La température tombe à 38°2, mais l'état général a encore empiré ; il reste stationnaire le 1^{er} février ; le pus ne se reproduit que très lente-

ment ; on trouve les signes d'un pyopneumothorax avec petit épanchement ; la matité atteint le 3 février la pointe de l'omoplate. L'état général reste très grave. Une ponction exploratrice ramène un liquide franchement purulent à streptocoques nombreux.

4 FÉVRIER. — Chute thermique à 38°, le malade est moins prostré, son état s'améliore peu à peu les jours suivants, malgré que la température remonte à 39°.

7 FÉVRIER. — La limite supérieure de la matité décrit une courbe parabolique à sommet axillaire, ne dépassant pas en arrière le 8^e espace intercostal. Une ponction ne ramène que quelques gouttes de pus.

LE 11. — Dyspnée et expectoration abondante ; on trouve, par une nouvelle ponction, du pus franc, mieux lié.

LE 14. — La dyspnée augmente, ainsi que l'amaigrissement. Délire léger. Température 39°.

LE 18. — Sans modification des signes antérieurs, la température ayant légèrement baissé depuis quelques jours, brusquement le malade rend un flot de pus, est pris d'une syncope et meurt.

A l'autopsie, on trouve, à l'ouverture de la cavité thoracique, à droite : pyopneumothorax ; un litre et demi de pus vert, épais, fausses membranes pariétales, diaphragmatiques et médiastines, très épaisses, mais pas de cloisonnement. Le poumon droit est fortement rétracté, en bas et en dedans.

Le poumon gauche est normal.

Foie dégénéré, d'aspect muscade.

Les reins sont gros, leur zone corticale est congestive, sans lésions macroscopiques.

Epanchement pericardique de 300 grammes environ.

Le cœur est petit, recouvert d'un exsudat fibreux.

OBSERVATION XI

(Service du D^r Courcoux)

Mme F... Antoinette, 30 ans. Pleurésie purulente interlobaire gauche putride, avec lésions pulmonaires et état général grave. Vomiques répétées. Opération tardive. Mort vers le 25^e jour.

Entre à l'hôpital le 7 janvier 1921, parce qu'elle tousse.

Antécédents pers. Tousse depuis longtemps, santé délicate.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'affection pulmonaire.

A son entrée, la malade présente une toux quinteuse, des sueurs nocturnes, de l'asthénie, de l'anorexie.

Les jours suivants, température oscillant dans les environs de 38° 5, pas de signes d'affection pulmonaire.

12 JANVIER. — Température 39°. Le facies présente une rougeur caractéristique de la pommette gauche. L'auscultation révèle un petit foyer assez limité de râles fins, avec respiration légèrement soufflante dans l'aisselle gauche. On fait une injection intra-musculaire de 10 cc de sérum anti-pneumococcique, et une de 10 cc sous-cutanée.

Dans la nuit du 13 au 14, crise de toux violente, suivie d'une vomique abondante et très fétide.

14 JANVIER. — On trouve, à l'examen des crachats, de nombreux pneumocoques. On refait 5 cc de sérum intra-trachéal et 15 cc intra-musculaire.

15 JANVIER. — Amélioration notable de l'état général. Température : 38°. A l'auscultation, on trouve un foyer de râles fins à gauche. On injecte 5 cc de sérum anti-pneumococcique dans la trachée.

16 JANVIER. — Injection intra-musculaire de 15 cc

de sérum. A l'auscultation, on note : un souffle à caractère tubaire, à gauche, en avant, à la partie latéro-externe du sommet.

20 JANVIER. — La température remonte ($39^{\circ} 2$), nouvelle injection intra-musculaire de sérum, nouvelle vomique, avec quelques crachats hémoptoïques.

21 JANVIER. — L'état général est moins bon, la température atteint $39^{\circ} 6$. On entend quelques sous-crépitations à gauche et en avant.

Dans la nuit du 22 au 23, violente douleur thoracique à gauche, sensation d'angôisse, nouvelle vomique (deux crachoirs pleins). Comme traitement : oxygène, huile camphrée, paveron.

23 JANVIER. — Etat grave, presque comateux, teint plombé, respiration presque normale, pouls accéléré, mais satisfaisant. La température est à $39^{\circ} 7$. On fait de l'huile camphrée à haute dose (40 cc) et de l'adrénaline.

24 JANVIER. — Amélioration, le facies et le pouls sont meilleurs, la malade prononce quelques paroles ; la température se maintient à $39^{\circ} 4$. Injection de 50 cc d'huile camphrée ; on diminue l'adrénaline.

25 JANVIER. — La température cède légèrement (38°), le pouls est bon, l'amélioration continue. A l'auscultation, on entend à gauche et en avant, à la partie moyenne, un souffle caverneux mêlé à des gargouillements ; en arrière, des deux côtés, des râles ronflants et sibilants mêlés à des sous-crépitations fins.

La malade est dirigée sur un service de chirurgie.

A la radioscopie on note un foyer antérieur détaché nettement du bord postérieur du poumon, avec un espace clair prévertébral normal.

26 JANVIER. — Opération : résection de la 4^e côte, ouverture d'un foyer de pleurésie purulente interlobaire avec issue de pus fétide, mélangé à des débris sphacélés. L'état général est très mauvais. La malade meurt le 28 janvier.

En résumé, les onze cas que nous venons de rapporter, peu nombreux, mais que nous croyons caractéristiques, se décomposent en :

9 guérisons : 2 après vomique, sans intervention chirurgicale (obs. I et II) ; 7 après thoracotomie, précédée souvent d'un traitement médical qui s'était montré insuffisant ;

2 cas suivis de mort : l'un sans traitement chirurgical, l'autre après thoracotomie.

L'évolution spontanée vers la guérison, que nous avons observée dans nos observations I et II est un fait bien connu et sur lequel nombre d'auteurs ont souvent insisté. Loin de nous par conséquent l'idée de vouloir la nier : cependant nous pouvons faire à ce sujet les remarques suivantes :

1° Au moment de la vomique, les lésions pulmonaires étaient éteintes et ne risquaient donc pas d'entretenir la suppuration (cette remarque s'applique surtout à notre observation II). Cette concomitance ou cette absence de lésions pulmonaires est d'une importance capitale au point de vue du pronostic, et nous nous réservons d'insister sur ce point.

2° De plus, il s'agissait d'épanchements peu abondants, bien localisés, bien limités, de sorte que la fistule créée par la vomique, elle-même relativement large, devenait un moyen suffisant pour drainer une cavité proportionnellement petite.

3° Même quand on obtient une guérison, c'est toujours une guérison lente et chèrement achetée : dans notre observation I, la malade a traîné parti-

culièrement longtemps ; depuis des semaines elle présentait une toux incessante, quinteuse, des crises de dyspnée, de l'amaigrissement.

D'ailleurs, il en a été de même dans l'auto-observation apportée par le docteur Rivet, à la Société Médicale des Hôpitaux ; l'évolution s'est faite spontanément vers la guérison, mais elle a été traînante : pendant quatre semaines l'état général était grave, la température à grandes oscillations. Les vomiques n'étaient suivies que d'une sédation incomplète et passagère ; les doigts « prenaient l'hyppocratisme le plus typique » ;

4° La guérison « par la simple expectative, sans thérapeutique d'aucune sorte » n'est d'ailleurs qu'une chance aléatoire à courir ; à chaque instant de cette expectative prolongée, on risque des complications graves. La vomique elle-même peut être une complication mortelle, et d'ailleurs il est impossible de prévoir avec sûreté qu'elle conduira à la guérison.

Bien plus, l'expectative peut rendre ultérieurement toute intervention impossible : en effet, des lésions pleuro-pulmonaires plus complexes peuvent se constituer : sclérose, symphyses, clapiers purulents disséminés, sur lesquels le bistouri même le plus audacieux devient impuissant.

5° D'ailleurs, si l'on examine d'un peu près toutes les observations de guérison spontanée, il est intéressant d'analyser les véritables causes de l'abstention :

a) C'est souvent le peu de précision de la symptomatologie, et l'impossibilité pour le médecin de guider le chirurgien : tel le cas des pleurésies enkystées à petit épanchement profond, exem-

ple notre observation VII : dans ce cas en effet, tant que la pleurésie resta strictement médiastine l'opération fut déconseillée, à cause des difficultés de la localisation et des voies d'abord ; mais plus tard, cette pleurésie étant descendue vers le diaphragme, l'intervention devint facile et fut suivie de succès.

b) Dans ces petits épanchements, le malade conserve souvent un bon état général, et demande lui-même qu'on attende.

Parmi nos cas opérés et guéris, nous devons faire remarquer qu'un certain nombre d'entre eux l'ont été après un essai prolongé de traitement médical (sérothérapie et thoracentèse) ; ce traitement s'est montré manifestement insuffisant (observations IV, V, VI). Dans ce dernier cas en particulier, trois thoracentèses, avec évacuation successive de 250 grammes, 500 grammes, puis 100 grammes de pus, complétées par la sérothérapie intraveineuse et intra-pleurale, n'amenèrent aucune diminution de l'épanchement, elles firent perdre un temps précieux, et auraient pu modifier les conditions d'opérabilité et les résultats de l'intervention chirurgicale ultérieure.

De nos deux décès, l'un (observation X) concernait une pleurésie purulente de la grande cavité, à streptocoques. Une large thoracentèse, suivie d'injections d'air et de sérum anti-streptococcique, n'avait pas produit d'amélioration nette ; l'état général resta mauvais et l'épanchement abondant jusqu'à la mort. Il s'agissait dans ce cas d'une septicémie particulièrement grave, avec lésions pluriviscérales associées, et l'on pouvait se demander si

une intervention faite dans ces conditions était justifiée.

Quant à notre observation XI, son interprétation nous paraît encore plus délicate : la malade fut opérée le 15^e jour ; peut-être, en attendant, avait-on laissé sa résistance fléchir davantage et diminué les chances de succès opératoire. Mais cependant à cette date, outre la pleurésie, des lésions pulmonaires évolutives existaient encore : avant tout, il s'agissait d'une intoxication putride avec atteinte profonde de l'état général, au-dessus de nos ressources thérapeutiques.

Quelle est donc, en pratique courante, la ligne de conduite à conseiller ?

Pour la rédaction de ce chapitre, nous mettons largement à contribution les idées que nous avons entendu si souvent M. le docteur Courcoux émettre dans son service, et l'exposé qu'il en a fait dans un article récent.

Il est certain qu'une pleurésie purulente aiguë qu'on laisse suivre son évolution naturelle expose toujours à de graves dangers. Les raisons que les interventionnistes font valoir contre l'empyème de nécessité et contre la vomique sont toujours valables.

Il faut donc nécessairement exercer une action directe sur la suppuration pleurale.

Traitement médical

Or, pour cela, le traitement médical est notoirement insuffisant : la thoracentèse ne sera qu'un moyen palliatif d'urgence, mais ce n'est pas un traitement curatif : elle n'empêche ni la reproduction du pus, ni la vomique, et fait perdre du temps.

Les lavages intra-pleuraux, conseillés comme adjuvants de celle-ci, se montrent pour le moins inefficaces, quand ils ne sont pas dangereux et ne donnent pas lieu à de graves accidents réflexes.

Quant aux métaux colloïdaux, les cas où ils ont paru curatifs restent exceptionnels.

Restent la séro et le bacterio-thérapie : ce sont là peut-être des méthodes d'avenir, mais actuellement elles ne sont pas des traitements sur lesquels on puisse compter.

Traitement chirurgical

Les méthodes médicales seules sont donc insuffisantes dans l'immense majorité des cas, et l'on peut dire que le traitement chirurgical est la vraie méthode curative des pleurésies purulentes.

Toute la question est de préciser le *moment* de l'intervention : or, tout est *cas d'espèce* : il n'y a pas de règle générale, c'est au praticien à juger selon les cas particuliers. C'est surtout sur l'état du poumon sous-jacent qu'il règlera sa conduite,

1° LA PLEURÉSIE EST ASSOCIÉE A DES LÉSIONS
PULMONAIRES EN PLEINE ACTIVITÉ

Il faut différer l'opération. Dans ce cas, la lésion pulmonaire est l'essentiel, la lésion pleurale l'accessoire. La thoracotomie ne ferait que traumatiser un organisme déjà infecté, ouvrir de nouvelles voies à l'infection et rétrécir un champ d'hématose déjà restreint ; opérer serait courir au-devant d'un échec fatal. On a affaire à des malades dont l'état général est très mauvais, le pouls rapide et petit, la dyspnée marquée : c'est le tableau qu'on eut si souvent l'occasion de remarquer pendant la période octobre-décembre de l'épidémie de grippe de 1918, et il semble bien que c'est exclusivement à ces malades que pense M. Maurice Renaud quand il parle de traitement médical à tout prix.

C'est alors que ce traitement doit être institué énergiquement : on fera appel aux toniques cardiaques, aux révulsifs locaux, aux injections d'oxygène, à tous les moyens que nous offre la thérapeutique médicale.

On pourra faire la thoracentèse, en cas d'urgence, si la quantité du liquide dépasse un litre ; au besoin on la répétera, et l'on pourra la faire suivre d'injection intra-pleurale d'air.

Le sérum anti-pneumococcique numéro 2 de l'Institut Pasteur, en injections intra-musculaires, intra-pleurales ou même intra-veineuses, sera souvent d'un grand secours.

De même, dans les cas de gangrène pulmonaire étendue, on aura toujours recours à la serothérapie antigangréneuse intra-musculaire (80 à 100 cc.)

et intra-trachéale, ainsi qu'à la thoracentèse avec insufflation gazeuse et sérum intra-pleural.

Bref, on essaiera par tous ces moyens médicaux d'atteindre le moment où, les phénomènes pulmonaires étant amendés, puis disparus, les lésions pleurales subsistant nous donnent le droit et nous font un devoir d'appliquer un traitement chirurgical.

2^o PLEURÉSIES PURULENTES SANS LÉSIONS PULMONAIRES IMPORTANTES

Nous ferons rentrer dans cette catégorie, avec les pleurésies purulentes qui sont les seules manifestations d'un processus pathologique, celles de la catégorie précédente dont les phénomènes pulmonaires amendés ont cédé le pas à la localisation pleurale.

C'est ici que l'examen complet, la recherche des antécédents, l'étude de l'évolution de la maladie et surtout l'analyse bactériologique et l'examen cytologique prennent toute leur importance.

Envisageons les cas particuliers :

Les *pleurésies méta-pneumoniques* sont souvent d'une benignité relative, et c'est parmi elles qu'on range la plupart des cas de guérison spontanée ou par vomique cités.

Aussitôt posé le diagnostic de pus à pneumocoques, on fera une thoracentèse au point déclive, avec réinjection d'air et de 80 à 100 cc. de sérum antipneumococcique. Si le pus se reproduit lentement, et si l'amélioration de l'état général est notable, on sera autorisé à refaire une seconde thoracentèse, sans négliger la sérothérapie. Mais si

le pus se reproduit vite, ou si la radiographie montre un gros résidu, avec un poumon en collapsus dans les inspirations forcées, il faut faire la thoracotomie.

Même chez l'enfant du reste, malgré l'opinion courante, le plus souvent la ponction ne suffit pas.

Si la sérothérapie large et précoce a une grande valeur, elle est moins active quand le pus est formé, et la nécessité de l'intervention est alors pour ainsi dire inévitable.

Les *pleurésies à streptocoques* se présentent le plus souvent sans participation appréciable du poumon, et sous forme d'un gros épanchement purulent vite constitué, avec fièvre élevée et mauvais état général. La thoracentèse s'impose parfois d'urgence, mais le pus se reforme vite, la sérothérapie est inefficace, les vaccins donnent des résultats négatifs. En principe, une pleurésie à streptocoques commande une intervention immédiate et large.

Dans les *pleurésies à staphylocoques et à microbes associés*, on peut faire, avec la thoracentèse et réinjection d'air, du stock-vaccin anti-staphylococcique, qui paraît avoir donné dans ces cas les meilleurs résultats; mais toujours l'opération chirurgicale s'imposera d'urgence si la reproduction du pus est rapide et si les phénomènes d'infection persistent.

Dans les *pleurésies typhoïdiques*, qui surviennent souvent lorsque l'état général est encore assez précaire, la thoracentèse peut être faite et répétée, mais il faut s'abstenir de lavages, et l'intervention chirurgicale, en général admirablement supportée, ne doit pas être crainte.

Il va sans dire que les *pleurésies putrides et*

gângréneuses devront être opérées d'urgence en même temps qu'on instituera un traitement séro-thérapeutique.

3° PLEURÉSIES PURULENTES ENKYSTÉES

Là encore, les indications générales sont les mêmes.

Il faut traiter d'abord les lésions pulmonaires, mais, dès qu'elles sont éteintes, ne pas différer l'opération.

Mais pratiquement la situation est bien différente suivant le volume de l'épanchement.

a) On a affaire à une grosse pleurésie, de diagnostic clinique et radioscopique facile, et d'abord aisé, une pleurésie interlobaire volumineuse par exemple : ce cas se ramène à celui d'une pleurésie de la grande cavité, on doit l'opérer.

b) Il s'agit d'une pleurésie enkystée petite et profonde ; c'est le cas par exemple de certaines pleurésies diaphragmatiques, mais surtout des pleurésies médiastines ; on est presque obligé d'attendre ; en effet, le diagnostic reste souvent longtemps incertain, et les indications sont difficiles à préciser. Il faut alors, faute de mieux, mettre en œuvre toutes les ressources du traitement médical (séro et vaccinothérapie) et suivre l'évolution de l'épanchement : dans certains cas il pourra rétro-céder ou s'évacuer par simple vomique ; dans d'autres, il augmentera, devenant alors de localisation et d'abord plus faciles : dans ce cas, il faut passer la main au chirurgien.

Cette ligne de conduite est d'ailleurs celle de la plupart des auteurs. Contentons-nous de rapporter

l'avis de M. le Professeur Lejars, qui considère que dans les pleurésies purulentes aiguës il est imprudent de prêcher la temporisation, conduite par laquelle on risque de voir les malades arriver trop tard au chirurgien, et enfin les paroles par lesquelles M. le Professeur Comby résumait admirablement son opinion, lors de la discussion à la Société Médicale des Hôpitaux : « Il y a une question d'es-
« pèces. On voit des pleurésies purulentes guérir
« spontanément par vomique ou par simples ponc-
« tions : il s'agit de pleurésies limitées, interlobai-
« res, de petits épanchements. Par contre, les
« grands épanchements purulents, les pleurésies
« de la grande cavité ne guériront pas sans thora-
« cotomie. Il y aurait danger pour les malades à
« répandre dans le public médical qu'on guérit de
« la pleurésie purulente sans opération. Il faut
« proclamer bien haut que le traitement des pleu-
« résies purulentes est avant tout chirurgical : cel-
« les qui ne réclament pas les secours de la chirur-
« gie sont l'infime minorité. »

CONCLUSIONS

La question du traitement des pleurésies purulentes aiguës ne peut donc pas être résolue par une formule rigide, c'est une question d'espèce.

La conduite du praticien sera guidée par un examen clinique approfondi, complété par l'examen cytologique et bactériologique.

Le traitement médical pur ne suffit pas, dans l'immense majorité des cas; mais il importe au plus haut degré de bien régler le *moment* de l'intervention chirurgicale : pour cela *on tiendra surtout compte de l'état du poumon sous-jacent.*

Si celui-ci présente des lésions en pleine activité, opérer serait courir au devant d'un échec : on doit s'abstenir de toute intervention chirurgicale et borner son action à l'application d'une médication énergique.

Mais si la pleurésie évolue sans lésions pulmonaires importantes, ou quand ces dernières ont disparu ou se sont fortement amendées, l'abstention et la temporisation ne sont plus permises, et le malade est justiciable du chirurgien.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu : le Président,

LECENE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSELIN. — Thèse Paris 1920. Conceptions récentes des traitements chirurgicaux des pl. pur.
- BÉRARD ET DUNET. — Académie de Médecine. 17-12-18.
- BERGÉ. — Traité de Médecine 1909.
- BILLON. — Marseille Médical, 1^{er} octobre 1919.
- BOUMARD. — Th. Paris 1920. Considérations sur les pleurésies purulentes à streptocoques.
- CADENAT. — L' « Hôpital », décembre A. 1921.
- COMBY. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 15 octobre 1920.
- COURCOUX. — L' « Hôpital » 1922, mars A.
- DABAN. — Traitement des pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses. Th. Paris 1920.
- HOUILLOIN. — Thèse, Paris 1920. Traitement chirurgical des pleur. purulentes.
- LEGENDRE. — Presse Médicale, 9-1-19.
- MASINI. — Sud Médical, 15 nov. 1920.
- DE MASSARY. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 15 oct. 1920.
- RIVET. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 15 octobre 1920.
- M. RENAUD. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 8 oct., 15 oct., 5 novembre 1920.
- M. RENAUD. — Congrès de Chirurgie 1920.
- TUFFIER. — Congrès de Chirurgie 1920.
- WEIL ET LOISELEUR. — Société Médicale des Hôpitaux, 2 mai 1919.
- JOLTRAIN ET BAUFFLE. — « La Grippe » (édit. Maloine).

